Rok XXXIII. Kraków 17. Marca 1894 r. Nr. 11.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | w Austryi 8 złr. 80 ct. | w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr. | w Niemczech 14 mk. | we Francyi 24 fr. |
| Półrocznie: | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ „ 3 „ | „ 7 „ | „ 12 „ |
| Kwartalnie: | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ „ $1^1/_2$ „ | „ $3^1/_8$ „ | „ 6 „ |


TREŚĆ:



## I. Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej

Podał

Prof. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Czwarty pacyent, którego Panom przedstawiam, jest również wyleczonym z odbytu sztucznego (albo dokładniej powiedziawszy z przetoki kałowej, w którym to przypadku część kału odchodziła drogą naturalną), przez wykonanie resekcyi przedziurawionej pętli jelitowej. Wspomniana przetoka kałowa powstała skutkiem zaniedbania uwięzłej przepukliny pachwinowej.

Piąta i ostatnia chora była operowaną z powodu uwięzłej przepukliny udowej, a ponieważ pętla jelitowa uległa zgorzeli, wykonano natychmiast resekcyę tej pętli z następową enterorafią. Chora zupełnie wyleczona.

Oprócz wymienionych resekcyj jelit w przypadku trzecim, czwartym i piątym wykonaliśmy nadto jeszcze cztery resekcye. Nie liczę tu przypadku wgłobienia, w którym oprócz resekcyi jeszcze inny zabieg okazał się potrzebnym; opiszę go szczegółowo później. Ze siedmiu w tem półroczu wykonanych resekcyj pięciu chorych jest wyleczonych a dwóch umarło.

Pozwólcie mi Panowie dodać na zakończenie mojej demonstracyi kilka uwag, tyczących się niektórych, dotychczas niezupełnie jasnych kwestyi resekcyi odźwiernika, gastroenterostomii, jakoteż postępowania przy przepuklinach zgorzelinowych, i odbycie sztucznym.

1) Co się tyczy resekcyi żołądka w raku odźwiernika, to coraz więcej usuwano ją na plan drugi, zastępywano gastroenterostomiami, jak sądzę, zupełnie niesłusznie, gdyż gastroenterostomia jest przecież tylko operacyą paliatywną. Skoro wobec raka kiszki stolcowej eksstyrpacya (czy resekcya czy amputacya) zyskuje sobie coraz więcej uznania i wzięcia przed kolostomią, sądzę, że i resekcya żołądka musi z czasem zająć właściwe miejsce. Zdają się za tem przemawiać wspomniane już dobre wyniki późniejsze, tak że Kocher z pewnością ma słuszność, twierdząc tak, jak ja to od samego początku czynię, że pilorektomia musi dla raka żołądka zostać operacyą przyszłości. Oczywista, musi się dostawać do operacyi dość wczesne przypadki i słusznie w swoim czasie zwrócił uwagę Billroth na ten szczegół, że z razu bezwarunkowo operowano wiele przypadków nienadających się do resekcyi. Główną trudność przedstawiało dość wczesne rozpoznanie raka żołądka i tak ma się rzecz i dzisiaj. Pewność mieć możemy dopiero, gdy guz wymacamy a i wówczas jeszcze pozostaną wątpliwości co do natury guza, gdyż bliznowate zgrubienia przedstawiają się bardzo podobnie. Godzimy się jednak wszyscy na to, że i w takim przypadku mamy wskazania do operacyi, skoro tylko są objawy zwężenia odźwiernika; niestety często może się guz, dopóki jest mały, ukrywać a tak mija najlepszy czas do doszczętnego usunięcia nowotworu. W jaki sposób możemy temu zaradzić przez wczesne ustanowienie wskazań do zabiegu operacyjnego (mniejsza o to czy resekcyi czy gastroenterostomii)? Przy każdem zwężeniu odźwiernika, czy to rakowatej czy bliznowatej natury, istnieje następowa rozstrzeń żołądka, którą zwykle o wiele prędzej jeszcze jesteśmy w stanie rozpoznać, zanim wyczujemy guz. Obok tego istnieją jednak rozstrzenie żołądkowe bez zwężenia odźwiernika, które i bez zabiegu krwawego są wyleczalne. Panowie interniści przyznają mi jednak, że to udaje się zwykle dopiero po długiem i konsekwentnem leczeniu a wyzdrowienie jest często nietrwałe. Do tych przypadków należą mianowicie te, w których żołądek znacznie opadał ku dołowi, gdzie tworzą się z łatwością załamania, gdzie przerasta błona śluzowa skutkiem długo trwałego nieżytu kwaśnego. Wiemy zaś dziś całkiem pewnie, że zarówno resekcya żołądka jak i gastroenterostomia na pewne leczy każdą rozstrzeń żołądka, skoro tylko zrobione otwory dobrze funkcyonują. Dlatego pozwalam sobie zalecić jako dalsze wskazanie do zabiegu operacyjnego na żołądku rozstrzeń jego formy uporczywszej i wyż-

szego stopnia. Skoro to wskazanie ogólnie się przyjmie, będziemy mogli daleko wcześniej przystępować do laparotomii. Czy znajdziemy wrzód żołądka, czy bliznowate zwężenie, czy też odsznurowania i załamania w skutek postronków i zrostów, czy przerost błony śluzowej, w każdym z tych przypadków będziemy mogli przez odpowiedni zabieg operacyjny przynieść pomoc choremu. Nawet w tych rzadkich przypadkach, w których nie zdołamy wymacać żadnego guza w odźwierniku ani w dwunastnicy, możemy wykonać gastroenterostomią tylko z powodu uporczywej, żadnymi lekami nie dającej się usunąć rozstrzeni żołądka. Więc i wówczas nie zrobiliśmy laparotomii daremnie i o to jest, co lekarzowi ułatwi wczesne zalecenie zabiegu chirurgicznego.

Proszę jednakże mnie źle nie zrozumieć. Nie jestem za gastroenterostomią w każdym przypadku rozstrzeni żołądka, jedynie tylko w tych uporczywych przypadkach, które nie dają się usunąć żadnymi środkami leczniczymi i które zdają się wskazywać przez to na jakąś mechaniczną przeszkodę w odźwierniku lub w dwunastnicy, (jak to raz mnie i Lauensteinowi się wydarzyło), a w których nawet po wykonaniu laparotomii nieraz stanowczo rozstrzygnąć nie można, czy nie ma znacznego przerostu błony śluzowej w odźwierniku. W tych to przypadkach znacznej rozstrzeni żołądka nawet bez wymacalnego guza w okolicy żołądka zalecam gorąco wczesną laparotomię.

Rzecz oczywista, że zakres tego wskazania rozszerzy się tem więcej, im bezpieczniejszą będzie gastroenterostomia. Nie posądzam, lubo wątpię, czy metoda H. Birchera, polegająca na wytworzeniu zakładki na żołądku, nie zastąpi w przyszłości gastroenterostomii (dotąd H. Bircher zastósował ją w 3 przypadkach), ale jeżeli ją zastąpi, to tem samem rozszerzy zakres wskazań do wczesnej laparotomii.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

## II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

# Przypadek porodu powikłanego włókniakami i tężcem macicy.

Podał

Dr. M. Cercha,

były I-szy asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

O ile rokowanie w porodach powikłanych tego rodzaju włókniakami, które wytwarzają niestósunek porodowy, jest wątpliwe, o tyle w naszym przypadku długie trwanie porodu, znużenie matki, ścieśnienie miednicy kostnej, zabiegi poprzednich operatorów a najbardziej niedostateczne rozwarcie dróg miękkich, tężec i objawy rozkładu w macicy rokowanie to bardzo pogarszały. Mieliśmy jednem słowem przed sobą przypadek zaniedbany, który już oddawna wymagał umiejętnej pomocy, i wykluczyć się nie da, że pomoc ta w odpowiednim podana czasie, mogła uratować życie i matki i płodu. Okoliczności, w których rozpoczęliśmy swe działanie, aby wobec niewątpliwej śmierci płodu ratować chociaż matkę, były tak niepomyślne, że już z góry nie tuszyliśmy sobie, aby zabiegi nasze pomyślnym na pewne mogły być uwieńczone skutkiem. A przecież trzeba było matkę już rozwiązać, a w jaki sposób, to zaraz pokrótce wyłuszczę.

Rozumowanie nasze było takie: Mamy przed sobą przypadek bezwzględnego ścieśnienia miednicy z powodu guza. W takich przypadkach, przynajmniej w szkole położniczej krakowskiej, pytamy się, czy ten guz nie da się wycofać, bez uśpienia chloroformowego, lub w niem, do miednicy dużej nad wchód. Być może, że nam to powiedzie się. A jeżeli nie, pytamy się wtedy, czy guz nie da się pomniejszyć? To pytanie w naszym przypadku nie wchodziło w rachubę, bośmy mieli to przekonanie, że o pomniejszeniu guza mowy być nie może. Cóż wtedy pozostaje, gdy na obydwa te pytania odpowiedź mamy przeczącą? Wtedy postępujemy tak, jak w bezwzględnem ścieśnieniu, t. j. albo drogą naturalną trzeba wydobyć płód pomniejszony, jeżeli ścieśnienie nie przekracza poniżej $5^1/_2$ cm. lub też robimy cięcie cesarskie, i to albo zachowawcze (Saenger), albo z wycięciem macicy (Porro).

Jakże się rzecz miała w naszym przypadku?

Gdybyśmy mogli wykazać niewątpliwie, że płód żyje, i gdyby tylko guz zaklinowany w miednicy małej stanowił zaporę, to według zasad szkoły krakowskiej, a powiedzmy, i w innych szkołach używanych, musielibyśmy myśleć w pierwszym rzędzie o wycofaniu guza w uśpieniu chloroformowem i wydobyciu płodu drogą naturalną i moglibyśmy się spodziewać w razie, gdyby się guz dał wysunąć, pomyślnego wyniku i dla płodu i dla matki, taki bowiem przebieg nie jest czemś nadzwyczajnem. Ależ w naszym przypadku oprócz guza mieliśmy jeszcze ścieśnienie ogólne miednicy kostnej drugiego stopnia; otóż, gdyby płód był żywy, to zdaniem mojem nawet po wycofaniu guza nie wyszedłby on przy zabiegu operacyjnym cało, a w takim razie bylibyśmy się niewątpliwie zdecydowali na wykonanie cięcia cesarskiego, wydobywszy zaś płód żywy bylibyśmy wykonali na macicy taki zabieg, któryby uwolnił raz na zawsze kobietę od włókniaków, a więc bądź wycięcie włókniaków, bądź też wyłuszczenie sposobem Martina, lub odcięcie macicy powyżej szyi z zapuszczeniem kikuta do jamy brzusznej, lub z pozostawieniem go na zewnątrz. Zdaje mi się, że tym sposobem osiągnęlibyśmy najpomyślniejszy wynik porodu a zarazem uwolnilibyśmy matkę od niebezpieczeństw połączonych z obecnością włókniaków w macicy. Niestety zaraz po pierwszem badaniu nabraliśmy przekonania, że płód nie żyje, a przyczyną tego było przeciąganie się porodu, bezskuteczne zabiegi operacyjne w domu a nadewszystko tężec macicy, który był następstwem niestósunku porodowego i wyżej wymienionych okoliczności. Zabieg tak ciężki, jak cięcie cesarskie przy porodzie powikłanym włókniakami macicy, który według Saengera w 83% przypadków kończy się niepomyślnie dla matki, byłby za cenę żywego płodu niewątpliwie usprawiedliwiony. Ale zwolennik cięcia łonowego mógłby nam powiedzieć, że nie pomyśleliśmy o tej zbawiennej operacyi po odprowadzeniu guza Owszem i ta myśl nam zabłysła, ale gdyby nawet było do niej wskazanie, to nauczeni doświadczeniem jednego wprawdzie tylko przypadku, nie łatwiejbyśmy się na nie pisali, niż na wykonanie cięcia cesarskiego. Przypadek ten ogłosiłem w *Przegl. lekarskim.* [1])

To też na razie o cięciu cesarskiem i o cięciu łonowem musieliśmy zapomnieć a starać się użyć zabiegów mających na celu usunięcie guza i urodzenie płodu pomniejszonego

---

[1]) Cercha: Przyczynek do cięcia łonowego. *Przegląd lekarski* 1893 Nr. 34—38.

drogą naturalną. Dopiero, skoroby guz nie dał się wysunąć, widzielibyśmy się zmuszeni w obec bezwzględnego wskazania rozwiązać matkę drogą nienaturalną mimo nawet śmierci płodu i połączyć to rozwiązanie z odpowiedniem, doszczętnem usunięciem włókniaków. Wprawdzie mógłby nam ktoś powiedzieć, po co wycofywać guz? wszak można było zaraz, zwłaszcza że poród trwał długo, że cuchnące były odchody a zatem pewnie sprawa zapalna posokowata na błonie śluzowej i do tego włókniaki, przystąpić do cięcia cesarskiego metodą Porry, przezco uwolniłoby się matkę od źródła zakażenia i wyleczyłoby raz na zawsze od włókniaków. Zapewne, że i temu, któryby tak postąpił, zarzutu niktby nie uczynił, ale czy my wiemy, jak daleko jad gnilny wtargnął do organizmu, czy mimo wyjęcia macicy nie nastąpiłoby uogólnienie sprawy, a dalej przypomnieć musimy i to, że nie każdy przypadek, w którym poród trwa długo i mamy już objawy rozkładu obumarłego płodu po jego urodzeniu, gdy nie żałujemy płynu mającego zniszczyć jad, kończy się niepomyślnie; owszem na poparcie swego zdania mógłbym przytoczyć cały szereg porodów bardzo zaniedbanych, z objawami zakażenia, w których po rozwiązaniu i sumiennej desinfekcyi części rodnych przebieg połogu nic nie pozostawiał do życzenia.

Co się zaś tyczy włókniaków, to one w połogu mogły uledz pomniejszeniu, na co mamy w literaturze niewątpliwe dowody, i mogły bez szkody dla niewiasty istnieć dalej, jak istniały przed ciążą nie wywołując żadnych ważniejszych objawów; wszak rodząca do chwili porodu wcale o nich nie wiedziała.

Owa niepomyślna statystyka Saengera, wykazująca po cięciu cesarskiem w przebiegu porodu włókniakami powikłanego 83% śmiertelności, wprawdzie nie może nas od zabiegu odstraszyć, gdzie tego potrzeba wymaga koniecznie, ale w każdym razie do wykonania cięcia cesarskiego z pominięciem innych, możliwych sposobów łagodniejszego rozwiązania rodzącej nie zdaje się, że nas uprawnia. To też i my wybraliśmy, stósując się do zasad przyjętych w szkole położniczej krakowskiej, nie zaraz cięcie cesarskie, lecz postąpiliśmy w sposób, który poniżej opiszę. Żeśmy nie uzyskali pomyślnego skutku, wina, zdaje się, nie polega na wyborze sposobu; szukać jej raczej należy w zaniedbaniu porodu i w powikłanych stósunkach, jakie guz przedstawiał względem macicy, jak również i w tej okoliczności, że wynik pomyślny w podobnych przypadkach należy do rzadkości.

Tak więc przystąpiliśmy w uśpieniu chloroformowem do odprowadzenia guza, używszy przedtem i innych środków mających na celu usunięcie tężca macicy, jak kąpieli i morfiny. (Dokończenie nastąpi).

## III. Z pracowni patologiczno-chemicznej Dra E. Freunda w szpitalu Rudolfa we Wiedniu.

# Nowy sposób miareczkowego oznaczania najgłówniejszych czynników kwasoty żołądkowej.

Napisał

Dr. Gustaw Toepfer.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Boas [1]) zamiast papieru używa rozczynu Congo. Ponieważ jednak rozczyn Congo jest także czuły i na kwasy organiczne, przeto wyniki otrzymane tą metodą są niepewne. Sjögnist [1]) dodaje do mierzonej części treści żołądkowej węglanu barowego, przezco wolne kwasy i kwas solny z białkiem połączony przechodzą w sole barowe, i spala. Przy spaleniu sole kwasów organicznych przemieniają się w węglany, gdy nie zmienia się chlorek barowy. Po rozpuszczeniu w wodzie znajdujemy tu całą część chloru kwasu solnego, węglan barowy zaś nie przechodzi w rozczyn. Węglan barowy może wprawdzie utworzyć z kwasem solnym luźnie połączonym sól stałą, jednakże wobec znacznej ilości białka nie przechodzi cała ilość kwasu solnego w sól barową i ztąd powstają nieraz bardzo znaczne błędy.

Bourget [2]) postępuje podobnie jak Sjögnist. Do 20—30 cm. sz. przesączu treści żołądkowej dodaje węglanu barowego, następnie suszy i spala. Wytworzony chlorek baru wyciąga wodą i strąca zgęszczonym rozczynem sody, przesącza, poczem strąt na sączku dokładnie wymywa. Następnie miesza ten strąt w kolbce o oznaczonej objętości z 10 cm. sz. kwasu solnego (którego 1 cm. sz. odpowiada 10 cm. sz. rozczynu sody), sączy i część tego przesączu napowrót miareczkuje za pomocą znanego już rozczynu sody. Za indykator służy barwik fenolftaleina.

Leo [3]) wykłuca naprzód kwasy tłuszczowe i kwas mlekowy. Następnie oznacza kwasotę sposobem miareczkowym za pomocą fenolftaleiny. Do innej części dodaje węglanu wapniowego, miesza i sączy; w przesączu oznacza znowu w powyższy sposób kwasotę. Z różnicy obu otrzymanych wartości kwasoty można obliczyć tę ilość kwasu solnego, która przeszła w chlorek wapniowy.

Poprzednia i ostatnia metoda wymaga pracowni chemicznej i wiele czasu. Winter i Hayem [4]) są pierwsi, którzy części kwasu solnego t. j. kwas solny wolny i kwas solny luźnie połączony oznaczają oddzielnie. A czynią to w sposób następujący:

Do trzech tygielków *A*, *B* i *C* dają po 5 cm. sz. treści żołądkowej. Do *A* dodają węglanu sodowego w nadmiarze. Wszystkie tygielki parują na łaźni wodnej i następnie suszą w stu stopniach.

Tygielek *A* żarzą lekko nad wolnym płomieniem i wyciągają wodą. W tym wyciągu oznaczają za pomocą srebra chlor. W ten sposób otrzymują wartość dla całego wydzielonego kwasu solnego $= a$.

Do drugiego tygielka *B*, z którego podczas suszenia w stu stopniach ulotnił się wolny kwas solny, dodają również węglanu sodowego i postępując jak powyżej, otrzymują wartość $= b$.

Różnica z $a—b$ stanowi wartość wolnego kwasu solnego.

Trzeci tygielek *C* żarzą wprost i oznaczają również miareczkowaniem za pomocą srebra chlor. Ta część stanowi wartość chloru chlorków. Wartość tę oznaczają $= c$. Zatem $b—c =$ ilości chloru zawartego w kwasie solnym luźnie połączonym. Jestto jedna z najściślejszych metod. W ostatnich

[1]) Boas: Beitrag zur Methodik des Salzsäurebestimmung im Mageninhalte. Centralblat f. klin. Med. 1891. Nr. 2.

[1]) Sjögnist: Eine neue Methode freie HCl im Mageninhalte quantitativ zu bestimmen. Zeitschrift f. phys. Chemie. Tom 13.

[2]) Bourget: Nouveau procède pour la récherche et la dosage de l'acide chlorhydrique dans le liquide stomacal. Arch. de méd. expérim. 1889, Nr. 6.

[3]) Leo: Diagnostik der krankheiten der Verdauungsorgane. Berlin. 1890.

[4]) Hayem et Winter: Recherches sur le chimisme stomacale à l'état normal et à l'état pathologique. Bulletin méd. 1889. Nr. 95. Hayem et Winter: Du chimisme stomacale. Paris. 1891.

czasach pojawiła się bardzo wyczerpująca praca Martiusa i Littkego[1]), gdzie prócz dat fizyologicznych znajdujemy nową metodę badania treści żołądkowej. Ci autorowie niezależnie od Wintera i Hayema oznaczają również obok siebie kwas solny wolny i luźnie połączony.

Metoda ich polega na sposobie badania podanym przez Biddera i Schmidta. Oznaczają po pierwsze całą ilość chloru w danej części treści żołądkowej metodą Vollharta-Falka. Następnie oznaczają w drugiej części przez spalenie kwas solny połączony ze substancyami białkowatemi i zasadami organicznemi. „Kwas solny znajduje się w treści jelitowej już to połączony z substancyami białkowatemi, jużto jako wolny kwas solny. Przez spalenie takiej treści żołądkowej ulatnia się tak wolny kwas solny, jakoteż i kwas solny luźnie z substancyami białkowatemi i zasadami organicznemi połączony. Inaczej zachwują się połączenia chemiczne kwasu solnego z zasadami nieorganicznemi, które za spaleniem nie ulatniają się i w popiele pozostają. Tylko przez bardzo mocne żarzenie aż do czerwoności mogą się ulotnić i te chlorki" (przytoczone według strony 102. cytowanej pracy.) Przez odjęcie ilości chloru odpowiadającego chlorkom od ilości znalezionej wartości dla całego chloru obliczają ilość chloru należącego do wolnego + luźnie połączo nego kwasu solnego.

Oprócz tego oznaczają za pomocą fenoloftaleiny ogólną kwasotę. Odjąwszy od tej wartości dla ogólnej kwasoty wartość wyż znalezionej ilości kwasu wolnego + kwasu solnego luźnie połączonego obliczają ilość kwasów organicznych. Następnie za pomocą tropeoliny 00 (?)[2]), oznaczają ilość wszystkich kwasów solnych sposobem miareczkowym; przez odjęcie od tej ilości wartości otrzymanej dla kwasów organicznych, znajdują ilość wolnego kwasu solnego, z czego wartość kwasu solnego luźnie połączonego sama przez się wypływa.

Wzór jest następujący:

$A$ = ogólna kwasota,
$B$ = kwasota kwasów wolnych,
$a$ = cała ilość chloru (zawarta w treści żołądkowej),
$b$ = chlor chlorków.

---

$a - b$ = chlor kwasu solnego wolnego + chlor kwasu solnego luźnie połączonego,
$A - (a - b)$ = ilość kwasów organicznych,
$B - [A - (a - b)]$ = ilość wolnego kwasu solnego,
$A - B$ = kwas solny luźnie połączony.

Metoda z pewnością odpowiada wszelkim wymaganiom dokładności i nie jest zbyt długa. Jednakowoż, aby mogła odpowiedzieć wymaganiom kliniki lub szpitala, za dużo jeszcze potrzebuje czasu; dla lekarza praktykującego więc zupełnie nie jest do przeprowadzania. Powyższe przyczyny zmuszały niejako do szukania, mimo tej wielkiej ilości metod, nowego sposobu badania, któryby z zachowaniem tej samej dokładności, prostemi środkami i w krótszym czasie prowadził do celu.

Szczególnie odpowiednią musiałaby być taka metoda, którąby li tylko za pomocą rozmaitych indykatorów pozwalała oznaczać z osobna czynniki kwasoty.

[1]) F. Martius und J. Littke: Die Magensäure des Menschen. Stuttgart. 1892.

[2]) Tropeolina 00 (połączenie sodu z kwasem dyfenilanilinazosulfanilowym) jest czułą tylko na kwasy nieorganiczne. Natomiast tropeolina 0, sól sodu z kwasem dymetylanilinazosulfanilowym (Methylorange), jest także czułą i na kwasy organiczne.

Jednym z najgłówniejszych warunków było odszukanie barwika, któryby li tylko oddziaływał na kwasy nieorganiczne. Po długich badaniach okazało się, że takim barwikiem jest dymetylamidoazobenzol[1]). Barwik ten różni się od innych dotychczas zastósowanych tem przedewszystkiem, że jest daleko czulszym, bo już jedna kropla $^1/_{10}$ prawidłowego rozczynu kwasu solnego (w 1 cm. sz. płynu znajdowało się zatem 0·000036 grm. HCl) na 5 cm. sz. wody przekroplonej jest w stanie neutralną żółtą barwę tego barwika zmienić w czerwoną. Wprawdzie i kwasy organiczne wywołują tę samą reakcyę, ale tylko w rozczynach więcej, niż półprocentowych a zgęszczenie to w treści żołądkowej jest nader rzadkie. Nadto reakcya ta nie występuje nawet w obecności choćby tylko bardzo małych ilości białka lub peptonu. Jeżeli się zaś zważy, że jedno z tych ciał przynajmniej zawsze znajduje się w treści żołądkowej, musimy przyjść do przekonania, że wartość barwika nic a nic na tem nie traci. Zarzut, jaki podobnym robiono indykatorom, był zawsze ten, że żaden z nich pod względem czułości nie był w stanie zastąpić odczynnika Günzburga. Żeby i naszego barwika ten zarzut spotkać nie mógł, porównywałem wyniki próbą floroglucyno-wanilinową otrzymane z wynikami otrzymanemi naszym barwikiem. W tym celu roztwarzałem z jednej strony rozczyny kwasu solnego, z drugiej strony odpowiednie treści żołądkowe dopóty, dopóki właśnie jeszcze reakcya na odczynnik Günzburga występowała. Rozczyny takie dawały wyraźne jeszcze zabarwienie czerwone za dodaniem dymetylamidoazobenzolu. Oprócz tego badałem, czy czułość tego barwika zgadza się z fizyologiczną czułością trawienia. W tym celu napełniono 10 rurek probierczych od 1—10 po 5 cm. sz. 0,5% rozczynem białka kurzego. Do rurki probierczej pierwszej (1) dodaliśmy 1 kroplę $^1/_{10}$ normalnego rozczynu kwasu solnego, do drugiej (2) dwie krople i t. d. do dziesiątej (10) 10 kropli. Do każdej rurki probierczej rzucałem jeszcze po strzępku włóknika i nieco pepsyny. Rurki te probiercze poddawałem następnie przez 10 minut działaniu ciepłoty 37°. Po 10 minutach nr. 1—5 nie okazywały żadnego śladu trawienia, nr. 6. pierwsze początki, nr. 10. włóknik był zupełnie strawiony. Z każdej takiej rurki probierczej badano próby odczynnikiem Günzburga i naszym barwikiem.

Nr. 1, 2, 3, 4, 5, nie dają żadnej reakcyi,
Nr. 6. reakcya względem dymetylamidoazobenzolu (lekkie zabarwienie), reakcyi Günzburga brak.
Nr. 7. wyraźna reakcya względem dymetylaminoazobenzol, wyraźna reakcya względem odczynnika Günzburga.

Z tej zgodności z próbą floroglucyno-wanilinową z jednej strony, z braku reakcyi z 5 pierwszych rurek probierczych z drugiej strony, w których jednakże kwas solny był obecny t. j. z substancyami organicznymi połączony, wnieśliśmy, że barwik ten jest tylko indykatorem wolnego kwasu solnego; dymetylamidoazobenzol uważam zatem za najodpowiedniejszy do oznaczania wolnego kwasu solnego. Dla oznaczania reszty czynników kwasoty żołądkowej okazały się najodpowiedniejszymi, fenolftaleina i alizaryna (połączenie kw. alizarynosulfonowego ze sodem).

Fenolftaleina dlatego nadaje się, ponieważ jest czułą na wszystkie czynniki kwasoty, do oznaczania miareczko-

[1]) Barwik ten został wprowadzonym do acydymetryi przez B. Bischera i O. Philippa. Annal. Pharm. 23—434.

wego całej (ogólnej) kwasoty. Alizaryna zaś lub tropeolina są czułymi na wszystkie czynniki kwasoty z wyjątkiem luźnie połączonego kwasu solnego. Różnica zatem ze znalezionej wartości kwasoty za pomocą fenolftaleiny i wartości znalezionej za pomocą alizaryny daje nam wartość kwasu solnego luźnie połączonego. Prawdziwość tej okoliczności, której podstawy teoretycznej nie znamy, staraliśmy się w ten sposób udowodnić, że oznaczaliśmy naprzód za pomocą powyższych indykatorów cały szereg sztucznych mięszanin, których treść znaliśmy ilościowo, powtóre cały szereg soków żołądkowych badaliśmy metodą Martiusa i Lüttkego i wyniki tych badań porównywaliśmy z wynikami otrzymanymi za pomocą powyższych indykatorów.

(Dokończenie nastąpi).

## IV. Oceny i sprawozdania.

### Choroby wewnętrzne.

Fr. Chłapowski: **Przypadek utajonego przebiegu wrzodu żołądkowego wraz z uwagami nad patogenezą tego cierpienia.**

Autor zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze wrzodu żołądkowego w przypadkach, gdzie nie ma swoistych objawów podmiotowych a w których badaniem przedmiotowem, pominąwszy nie dające się niekiedy wykonać badanie treści żołądkowej, również nie można wykryć nic charakterystycznego, zwłaszcza u chorych o nastroju hipochondrycznym lub u neurasteników. Jeden z takich przypadków spostrzegał autor podczas praktyki zdrojowej w Kissingen. Dotyczył on mężczyzny 50 letniego, zamożnego obywatela, dobrze zbudowanego i odżywionego. Prócz rozlicznych zboczeń czynnościowych będących przedmiotem ciągłych skarg chorego, odbijania, uczucia gniecenia po jedzeniu, zgagi z jednej, uczucia palenia, mrowienia w różnych częściach ciała, bolów i zawroty głowy z drugiej strony, nie można było oprócz miernego stopnia miażdżycy tętnic wykazać nic stanowczego. Zupełnie też niespodziewanymi były objawy wrzodu żołądkowego, które wystąpiły po kilkodniowym pobycie chorego w zakładzie. Nagle po wielu błędach dyetetycznych i w ogóle niestósownem zachowaniu się chorego powstał pierwszy krwotok, w tydzień po nim drugi, któremu chory uległ. Sekcya wykazała wrzód żołądka usadowiony w bliskości wpustu, wielkości grosza, w środku wrzodu tętniczkę większych nieco rozmiarów przedartą zupełnie, zkąd powstał śmiertelny krwotok; zresztą ani w sąsiedztwie wrzodu, ani w narządach pobliskich nie wykryto żadnych zmian. Wysokiem usadowieniem się wrzodu tłómaczy autor utajony jego przebieg, kładąc przy tem nacisk na układ nerwowy bardzo pobudliwy, niespokojny i miażdżycę tętnic jako czynniki bardzo ważne, niekorzystnie na wrzód żołądka wpływające.

Przechodząc do etyologii wrzodu okrągłego, wypowiada autor zdanie, że na powstawanie wrzodu wpływają przedewszystkiem zmiana stósunków krążenia w błonie śluzowej żołądka, albo też zmiany w składzie chemicznym krwi; w pierwszym przypadku niedostateczny dopływ, w drugim zmniejszenie się alkalescencyi nie wystarczają do zobojętnienia kwaśnego soku żołądkowego, który trawi błonę śluzową i wywołuje owrzodzenia. Znacznie mniejszą wagę przypisuje autor niestósownemu doborowi pokarmów i nadmiernemu używaniu napojów i przypraw korzennych, czego dowodzić ma częste występowanie wrzodu u kobiet, które mniej grzeszą w tym względzie, jak nie mniej ta okoliczność, że wśród ludności żywiącej się przeważnie pokarmami roślinnemi a nie szczędzącej przytem napojów wyskokowych rzadko przydarza się wrzód żołądka. Również i czynnikom przyrody nerwowej przypisać należy wpływ na wydzielanie soku żołądkowego a tem samem i na powstawania owrzodzeń. Wpływy te obok zmian miażdżycowych w tętnicach stają się powodem ciężkiego przebiegu wrzodów i śmiertelnych krwotoków u osób starszych. (*Nowiny lekarskie Nr. 12. 1893.*)

*Dr. L. Korczyński.*

Karol Rychliński: **O nasennem działaniu tryonalu.**

Tryonal stósowano w 13 przypadkach chorób mózgowych tak organicznych, jak i czynnościowych z dobrym skutkiem. Wyniki doświadczeń streścić można w następujący sposób: 1) działanie tryonalu jest pewne i szybkie a dawka mniejsza, niżeli podobnych leków nasennych, 2) po przebudzeniu się chorzy nie doznają niemiłego uczucia ociężałości, jak po użyciu sulfonalu, lecz owszem mają uczucie zadowolenia. Smak ma tryonal przyjemny, nieco gorzkawy i rozpuszcza się bardzo łatwo, co ułatwia podawanie tego leku. 4) O ile z małej liczby doświadczeń wnosić można, nie wywiera on wpływów ubocznych i zażywać go mogą nawet chorzy z wadami serca. Dawka wynosiła od 0·5 do 1·0 gm. (*Kron. lek. Nr. 2. 1894*) *Dr. L. Korczyński.*

W. Minnich: **Przypadek kamicy trzustkowej.**

Autor przytaczając powszechne zdanie, że kamicy trzustkowej za życia rozpoznać nie można, twierdzi wprost przeciwnie, że należy tylko zwracać pilniejszą uwagę na szereg objawów, które dozwalają ją rozpoznać. Na dowód tego przytacza przypadek tyczący się kupca 68 letniego, w rodzinie którego pod względem chorób ustrojowych dziedziczności nie było; sam zaś chory aż do obecnej choroby przebywał 2 razy kamicę żółciową: raz w 40. r. życia, drugi raz w 10 lat potem. Obecna choroba rozpoczęła się w grudniu 1893 r. mocnymi bólami, podobnie jak w kamicy żółciowej, czemu od czasu do czasu towarzyszyły uczucie gniecenia i ucisku w okolicy żołądka a nadto brak apetytu i wstręt do płynów. Cierpienie to opisywał chory, jako bóle stałe w lewem podżebrzu głęboko występujące, które zwolna wzrastały aż do napadów. Na szczycie napadu, bóle te rozpromieniały się wzdłuż brzegu podżebrza ku kręgosłupowi w okolicę lewej łopatki, podczas ustępowania zaś napadu tą samą drogą wracały na pierwotne miejsce, zkąd wyszły. Badanie moczu po takim napadzie nic nie wykazało. Napady pojawiały się codziennie prawie i trwały różnie długo. Leczenie jak ścisła dyeta, woda Karlsbadzka, nakoniec ciepłe okłady były prawie bez skutku. Badanie stolca nie wykazało nic, coby przemawiało za kamicą żółciową. Znaleziono jednak kilkakrotnie w kale konkrementy wielkości soczewicy, kształtu nieregularnie okrągłego a nawet w postaci żwiru. Dokładne badanie wykazało, że składają się one z masy na wpół stałej, którą łatwo palcami rozgnieść można, jednak nieplastycznej. Przekrój ich biały, mdławo-przeświecający, nie przedstawia budowy warstwowej, ani jądra dla kamieni charakterystycznego. Pod drobnowidem są bezpostaciowe, rozpuszczając się łatwo w chloroformie dają w nim wyraźne zmętnienie a prażone w rurce odczynnikowej wydają mocną woń aromatyczną. W dalszym przebiegu chory miewał bóle z mniejszem lub większem nasileniem, badanie zaś stolców pod względem obecności kryształków tłuszczowych nigdy ich nie wykryło. Przytem chory wyglądał dobrze, nie tracił nic na wadze a na brak apetytu uskarżał się tylko podczas napadu.

Rozpoznanie swoje kamicy trzustkowej opiera autor na wykazaniu konkrementów w stolcu a odróżnia je od kamyków żółciowych po konsystencyi. Zresztą dziwnem byłoby, powiada autor, żeby u tego samego chorego, u którego przedtem podczas dwukrotnej kamicy żółciowej znaleziono kamyki cholestearynowe, nagle w pęcherzyku żółciowym nowe jakieś kamienie się wytworzyły; kamicą zaś napady te autor dlatego nazywa, że chory określał je jako zupełnie podobne do poprzednich. Z zachowania się fizyologicznego stolców wnosi autor, że kamienie te nie zatykają zupełnie przewodu Wirsunga; zresztą zupełne powstrzymanie dopływu soku trzustkowego zdarza się rzadziej, jak to wprost wynika ze stósunków anatomicznych, gdyż uboczny przewód

przechodzący przez szyjkę i głowę gruczołu komunikuje prawie zawsze z przewodem głównym.

Całkowite zaś zatrzymanie soku trzustkowego możliwem jest w 3 razach:

1⁰ Przez zatkanie kamieniami części jelitowej (*portio intestini*) obydwu przewodów,

2⁰ przez zatkanie części jelitowej przewodu Wirsunga przy równoczesnej obliteracyi ujścia przewodu jelitowego ubocznego,

3⁰ przez zatkanie wielu przewodów gruczołowych kamykami. (*Berliner klinische Wochenschrift Nr. 8*).

*Dr. Józef Langer.*

D. Hansemann: **Zboczenia odżywcze w następstwie przerwania nerwu kulszowego.**

Autor opisuje przypadek, w którym przy sekcyi w zakładzie patologicznym Charité na zwłokach 70 letniego mężczyzny znalazł na prawem udzie tuż ponad kolanem po stronie zewnętrznej bliznę na 10 cm. długą, prawdopodobnie po nacięciu. Sięgała ona aż do kości i torebki stawowej i w niej kończył się nerw kulszowy nerwakiem wielkości orzecha laskowego. Blizna ta przebiegała dalej nieco ku tyłowi aż pod kolano i tu można było znowu znaleść nerw jako cienką, szarą nitkę, podczas gdy w całej bliźnie wykryć go nie było można. Staw kolanowy zesztywniały; rzepka zrosła z kością udową. Skóra na całem przedudziu i stopie była cienka, sucha. Tkanka tłuszczowa podskórna rozwinięta jak gdzieindziej a mięśnie wyglądały jak zbita tkanka tłuszczowa z tą różnicą, że można było odróżnić pasma. Palec duży u stopy prawej pomniejszony, ze szczątkami paznogcia; obok niego resztki dwóch innych palców, również ze śladami paznogci, obok małych wyniosłości wypryskowych. Blizn zaś tu żadnych nie było. Lewa stopa prawidłowa, na 0·7 cm. dłuższa od prawej. Sprawa ta bardzo podobna do trądu nerwowego, brak jednak zmian w innych miejscach a nadto widoczne zmiany w nerwie kulszowym wykluczały ją stanowczo. Wrodzonem to również nie było, gdyż krewni zeznali, że noga w dzieciństwie była prawidłową. Autor jest zdania, że mężczyzna ten w młodości musiał cierpieć na gruźlicze zapalenie stawu kolanowego, które albo samo przebiło się na zewnątrz, albo przez operacyę i sprowadziło przerwanie nerwu kulszowego, którego górny koniec obecnie kończył się nerwiakiem, dolny zaś uległ zanikowi, na co złożyły się przerwanie łączności nerwu i nieużywanie kończyny. Przypadek ten zdaniem autora zasługuje na tem szczególniejszą uwagę, że z jednej strony zboczenia odżywcze są mało znane, z drugiej zaś, że tak wysokiego stopnia zanik, prócz przypadków *lepra mutilans* należy do prawdziwych rzadkości. (*Berliner klinische Wochenschrift Nr. 8. 1894.*) *Dr. J. Langer.*

## Ginekologia.

Vulliet: **O rozszerzeniu ścieśnionej szyi macicy za pomocą operacyi plastycznej.**

Operacyę przez siebie podaną, uważa autor za wskazaną szczególnie w tych przypadkach, w których ścieśnienie odnosi się albo do bardzo głęboko położonych miejsc, lub też do całej długości szyi macicznej, a w których inne znane sposoby leczenia nie prowadzą do celu. Staraniem autora jest wytworzenie płatu, któryby zwiększył wymiar poprzeczny ścian szyi macicy. Postępowanie operacyjne jest następujące: 1) sprowadza szyję macicy na dół i ustawia ją tak, jak gdyby miał wykonywać *colporrhaphiam anteriorem*; 2) prowadzi cięcie półkoliste, oddzielające przednią ścianę pochwy w miejscu jej przyczepienia do szyi i oddziela na tępo pęcherz moczowy ku górze tak wysoko, aż nie odsłoni miejsca załamku macicy. Gdyby to cięcie półkoliste nie dawało dostatecznego przystępu, w takim razie radzi poprowadzić drugie cięcie prostopadłe do pierwszego i oddzielić wytworzony płat na tępo, przez co otrzymuje się ranę trójkątną. Następnie wprowadza cewnik do pęcherza a gdyby się ściana cewki lub pęcherza miała znajdować w bezpośredniej bliskości rany, odsuwa ją na bok i osłania wziernikiem; 3) asystent wprowadza zgłębnik rowkowany do macicy, zwrócony rowkiem ku twarzy operatora i ustala macicę ku przodowi; 4) operator wbija nożyk w miejscu rozpoczęcia cięcia pierwotnego przez całą grubość ściany szyi macicy aż do zgłębnika i przedłuża cięcie po zgłębniku w kierunku podłużnym ku górze, następnie wbija po raz drugi w miejscu, w którem rozpoczął ostatnie cięcie i prowadzi cięcie okrężne, poprzeczne, lekko śrubowate, w wysokości przejścia części pochwowej w część nadpochwową szyi macicy, ku stronie lewej i to w ten sposób, aby je zakończyć mniej więcej w ujściu zewnętrznem i to w środku wargi tylnej. W ten sposób wytwarza wiszący trójkątny płat, który w podstawie swej łączy się z szyją macicy i z tej strony może się odżywiać. Dalej rozsuwa, o ile można, cięcie idące ku górze a uchwyciwszy szczyt płatu trójkątnego, obraca go o 90° i wprowadza pomiędzy ściany cięcia podłużnego tak, aby szczyt płatu klinowatego dostał się w szczyt rozsuniętego cięcia i utwierdza go kilkoma głębokimi szwami. W końcu zaszywa ranę pochwową i kończy operacyę.

Dodatkowo zwraca autor uwagę na okoliczność, że zewnętrzna powierzchnia opisanego płatka jest pokryta błoną śluzową, którą należy usunąć, gdyż w przeciwnym razie nie udałoby się pokrycie go ścianą odpreparowanej pochwy.

Przeciwwskazana operacya ta jest podług V. w przypadkach uporczywego i mocnego nieżytu błony śluzowej macicy, w których jest utrudnione leczenie pooperacyjne. Aby leczenie to ułatwić, radzi tak przed operacyą jak i po niej przepłukiwać jamę macicy, podczas operacyi zlewać często pole operacyjne i bardzo dokładnie łączyć ze sobą brzegi rany, szczególniej przy wszywaniu płatka. Trzy rysunki w tekscie objaśniają doskonale operacyę, którą V. wykonał raz z pomyślnym skutkiem. (*Centralblatt für Gynäkologie Nr. 3. Styczeń 1894 r.*). *Dr. Zoll.*

## Zapiski terapeutyczne.

— Z mnóstwa środków i sposobów leczenia błonicy (*diphtheria*) wymieniamy następujące najnowsze:

*a)* Seibert w Nowym Jorku używa strzykawki z pięcioma wydrążonemi igłami tak przytwierdzonemi do płytki metalowej, iż po przyciśnięciu jej do błon dyfterytycznych płyn z igieł dostaje się między części zdrowe a chore; w tym celu w razie złogów grubszych używa się płytki z dłuższemi, w razie cieńszych zaś z krótszemi igłami. Otóż za pomocą takiej strzykawki wstrzykuje Seibert dziennie raz, w cięższych przypadkach po dwa razy po pod błony wrzekome wodę chlorową (*aqua chlorata*) i na podstawie doświadczenia własnego w 104 przypadkach zaleca gorąco ten sposób leczenia błonicy. (Strzykawki, o których mowa, wyrabiają: Hecht, Pfeiffer i Spka w Berlinie, Ritterstrasse 48). (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Tom 37. Z. I.*).

*b)* Bäumler we Fryburgu potwierdzając rezultaty pracy Frazera, radzi w błonicy zasypywanie miejsc schorzałych co godzinę lub dwie, w przypadkach lżejszych tylko po 3 do 4 razy dziennie siarką przestaloną (*sulfur sublimatum*) za pomocą grubego, miękkiego pędzelka a między zasypywaniami płukanie gardła słabym roztworem nadmanganezanu potasowego (ob. przepis pod 25). w Nr. 9. *Przeglądu Lekarskiego* z r. b.). Zdaniem B. ten sposób leczenia błonicy jest o wiele lepszy od mnóstwa innych miejscowych przez niego używanych. (*Münch. med. Wochenschrift 6. Marca 1894*).

*c)* Na posiedzeniu towarzystwa terapeutycznego paryskiego odbytem w d. 28. Lutego b. r. podał Piedallu własny sposób leczenia błonicy gardła przez trzy lata używany; zapisuje on:

31) Rp. *Kalii jodati* 10·00
*Mercurii bijodati* 0·10
*Syrupi simplicis* 200·00

i z tego podaje dzieciom do dwóch lat co 2 godziny po łyżeczce od kawy, dzieciom zaś czteroletnim po łyżeczce deserowej również co 2 godziny.

Już po kilku godzinach zadawania leku wymienionego okazują się właściwe skutki jodu w postaci obfitego ślinienia się, z którego tłómaczy się słabe przyleganie błon wrzekomych, dających się teraz łatwo oddzielić, poczem miejsce schorzałe należy pomazać płynem van Swietena.

Leczenie to, w ciągu którego przez 6 do 8 dni wyżywali chorzy do 300 gramów wymienionego syropu, nie sprawiało nigdy ani boleści w brzuchu, ani wymiotów, ani zapalenia jamy ustnej.

Piedallu leczył tym sposobem znaczną liczbę chorych, u których rozpoznanie błonicy opierało się nawet na badaniu bakteryologicznem, nie stracił ani jednego chorego i dlatego zaleca swą metodę dla przekonania się, czy szczęśliwe rezultaty jego były skutkiem tylko przypadku, czy też działania leku.

*d)* H. Valson Pratt zaleca przeciw błonicy winnik wymiotny (*tartarus stibiatus*) w dawkach bardzo małych, w połączeniu z również bardzo małą ilością makowca (*opium*), zastosowaną do wieku dziecka i zadaje po 2 miligramy winnika wymiotnego w pierwszym dniu co godzinę, podwajając dawkę w dniu następnym. W ten sposób zadawany winnik wymiotny znoszą dzieci bardzo dobrze i nie dostają ani wymiotów ani zapadu, ogranicza się wytwarzanie błon wrzekomych i poprawiają przypady ogólne. (*La semaine médicale. 7. Marca 1894*).

— Do leczenia niektórych chorób skóry, szczególniej na twarzy, zaleca Phillips gorąco krystalinę t. j. roztwór bawełny strzelniczej czyli piroksyliny w alkoholu metylowym. Krystalina tworzy po posmarowaniu skórę plewkę podobnie jak kolodyum, jednak jaśniejszą i przeźroczystszą, za dodaniem 25% oleju rącznikowego i 50% balsamu kanadyjskiego powstaje na podobieństwo kolodyum elastycznego krystalina elastyczna; za dodaniem 12% oleju rącznikowego i 24% tlenku cynku (*zincum oxydatum*) biały pokost. W krystalinie rozpuszczają się nadto kwas pirogallusowy i salicylowy tudzież chryzarobina i sublimat. Krystalina nadaje się do leczenia liszaja wyłysiającego (*herpes tonsurans*) i rumiennego (*lupus erythematosus*), brodawek, trądzika (*acne*) i kilaków (*syphilomata*) a szczególniej do leczenia trądzika spływającego na twarzy, co według Phillipsa odbywa się w ten sposób, że części chore pomazuje się naprzód rozczynem lizolu, po kilku minutach obsusza białą bibułą i teraz dopiero pomazuje krystaliną, którą zostawia się przez 8 dni na skórze, poczem w razie potrzeby powtarza się to całe postępowanie. Zwykle dwukrotne użycie krystaliny wystarcza do wyleczenia.

— M. Sternberg na podstawie doświadczenia własnego w czterech przypadkach zmięknienia kości (*osteomalacia*) zaleca gorąco fosfor z tranem rybim według przepisu:

32) Rp. *Olei jecoris aselli* 50·00
*Phosphori* 0·05
DS. Zażywać dziennie po łyżeczce od kawy.

i uważa go za środek działający na chorobę wprost i stanowczo tam, gdzie wytrzebić z jakichkolwiek przyczyn nie można.

Jest rzeczą bardzo ważną, by leczenie fosforem rozpoczynać jak najwcześniej, prowadzić je wytrwale i oczywiście być zupełnie pewnym rozpoznania.

— Dyjodoform, $C_2 J_4$, jestto nowy środek przeciwgnilny, zawierający z przetworów jodowych po jodoformie największą ilość jodu i ztąd niewątpliwie skuteczny, nie rozpuszcza się całkiem w wodzie, bardzo mało w wyskoku i eterze, najlepiej zaś rozpuszcza się w chloroformie, dwusiarczku węgla, benzynie a nadewszystko na ciepło w toluenie, z którego wykwita w pięknych igiełkach ostrosłupowych żółtych, zupełnie różnych od sześciokątnych blaszek jodoformu.

Hallopeau i Brodier zdali na posiedzeniu paryskiego towarzystwa terapeutycznego w dniu 24. Stycznia 1894 r. sprawę ze swych doświadczeń nad leczeniem wrzodu miękkiego dyjodoformem, w których zwracają uwagę, iż ze wszystkich środków miejscowych przeciw tej chorobie używanych okazał się najlepszym jodoform, który jednak przez swą woń zdradza chorych i ztąd jest trudny do użycia, tembardziej, że wszystkie sposoby zniesienia tej woni okazały się złudnemi. Dlatego z radością powitać należy nowy środek, który, jeżeli tylko nie wystawi się go na światło, nie ma żadnej woni; wystawiony zaś na nie, wydaje woń słabszą bez porównania, niż jodoform. Dyjodoform zresztą nie sprawia bólu ani nie drażni.

Doświadczenia autorów obejmują 12 przypadków wrzodu miękkiego, które leczyli zasypywaniem miałkiego dyjodoformu. Wyleczenie następowało średnio w 18 do 20 dni z ostatecznościami od 6 do 36 dni; w jednym tylko przypadku miękkiego wrzodu żrącego (*ulcus phagedaenicum*) odmówił dyjodoform swej skuteczności, ale i jodoform nic nie zdziałał.

Rezultat swych doświadczeń streszczają autorowie tak:

1) Dyjodoformu można używać do leczenia wrzodów miękkich tak samo, jak i jodoformu. Skutek następuje średnio w 18 do 20 dni.

2) Chorzy znoszą go dobrze. Przeciw wrzodowi miękkiemu żrącemu nie okazał się skutecznym. Może działać tam, gdzie jodoform był bez skutku. Należy go używać po kilka razy dziennie, przyczem dobrze pokrywać wrzody watą hidrofilną nim napuszczoną. (*Bulletin général de Thérapeutique. 23. Lutego 1894*).

— Przeciwko zapaleniu migdałków u dzieci zaleca Comby:

33) Rp. *Resorcini* 1·00
*Mellis rosati* 20·00
*Aquae destil.* 200·00
Do płukania lub pomazywania gardła.
(*Formulaire des maladies des enfants*).

## V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

#### Posiedzenie zwyczajne dnia 7. Lutego 1894 roku.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 64.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

Wniosek kol. Obalińskiego co do wprowadzenia zmiany w przedstawianiu protokołów odesłano do komitetu Towarzystwa.

2) Kol. przewodniczący przedstawił obecnego na posiedzeniu gościa Dra Bielańskiego Gustawa.

3) Kol. Rościszewski miał zapowiedziany odczyt: *O wpływie kąpieli w solankach jodowo-bromowych na przebieg gruźlicy stawów i kości* który ukaże się w całości w *Przeglądzie lekarskim*. Dyskusyę nad odczytem tym odłożono do następnego posiedzenia, poczem

4) Kol. Cybulski wypowiedział rzecz p. t.: *Spirytyzm i nauka*. W dłuższem przemówieniu scharakteryzował mówca powstanie i rozwój tych będących obecnie na dobie pseudo-badań, których cechą główną jest z jednej strony tajemniczość, z drugiej miotanie się na naukę prawdziwą i jej przedstawicieli. Określiwszy poglądy każdej z istniejących trzech „szkół“ spirytyzmu, na które podzieliła się ta według słów spirytystów, najmłodsza latorośl „wiedzy“, przeszedł mówca do przedstawienia stosunku do niej tej starej, rzeczywistej nauki. Od czasu do czasu, kiedy zainteresowanie się spirytyzmem, zjawiające się zwykle okresowo, wzrastało w społeczeństwach; uczeni, czy to zaciekawieni nowemi zjawiskami, czy to pod wpływem żądań opinii publicznej, przystępowali do przeprowadzenia badań ścisłych. Cóż kiedy wyniki tych badań były zawsze jednako ujemne, gdyż albo udawało się stworzyć okoliczności umożliwiające choć jako tako ścisłe badanie a wtedy cały szereg zjawisk spirytystycznych robił fiasko, albo też przeciwnie udawały się one wybornie, lecz tylko wśród okoliczności, w których o ścisłości badań naukowych mowy być nie może. Żywą

illustracyę tego przedstawiają ostatnie posiedzenia medyumiczne z Eusapią Palladino w Warszawie, których roztrząsanie jeszcze roznamiętnia stronników i przeciwników tego rodzaju doświadczeń.

Dziwnem jednakże wydaćby się mogło, że pomimo braku wszelkich dowodów, któreby przemawiały na korzyść istnienia obszernie opisywanych zjawisk spirytystycznych, pomimo szeregu danych wprost przeciwnych, opierających się na zasadniczych prawach nauk przyrodniczych, społeczeństwa a nawet część inteligentniejszych ich jednostek tak łatwo dają się pociągnąć osobnikom bez żadnego częstokroć kredytu naukowego a niekiedy nawet z bardzo małym moralnym. To już jednak stanowi to szczególne zjawisko w psychologii, czy może psychopatologii ludzkości, zjawisko, które już dawno wyrażono w zdaniu: *mundus vult decipi.*

W dyskusyi brali udział koll. Rydel i Obaliński.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

## VI. Stan nauk lekarskich w Anglii.

Napisał

**Dr. Gustaw Piotrowski,**

Docent fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

### Stan fizyologii.

Z pomiędzy wszystkich gałęzi na pierwszem miejscu postawiłem fizyologię i obszerniej ją traktuję, ponieważ głównie jej się poświęcałem. Nie sprzeciwia się to zresztą nawet porządkowi chronologicznemu, gdyż uczniowie słuchają jej przeważnie zaraz w pierwszym roku studyów lekarskich.

### Rozwój fizyologii.

Jak w innych naukach, tak też i w fizyologii ma Anglia spory zastęp uczonych, którzy w rozwoju tej nauki wielkie zasługi położyli i nieraz na nowe pchnęli ją tory. Tyczy się to przedewszystkiem chluby Anglii, wielkiego reformatora Harveya.

William Harvey urodził się w r. 1578. w Folkestone, umarł w r. 1653. Studya medyczne odbywał w Canterbury, nieopodal Cambridge. W roku 1598. udał się do Padwy, gdzie przez cztery lata był uczniem słynnego Fabriciusa ab Aquapendente. Po powrocie do ojczyzny uczył anatomii w *Royal College* w Londynie. W r. 1628. wydał w Frankfurcie nad Menem małą książeczkę o 72 stronnicach, zatytułowaną: *Exercitio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus. Guillelmi Harvei Angli, Medici Regii et Professoris Anatomiae in Collegio Medicorum Londinensi.* W książeczce tej mieści się odkrycie obiegu krwi i jasne wytłómaczenie na podstawie doświadczeń. Odkrycie to zrobiło przewrót w fizyologii a dzieło powyższe nazywa Haller *Opusculum aureum,* Flourens zaś *Le plus beau livre de la physiologie.* Rzeczywiście zdumiewać się trzeba nad genialnością badacza, który potrafił na podstawie tak prostych doświadczeń, bo tylko obserwacyi obnażonego serca i naczyń, tudzież nacinania tych ostatnich, dojść do wniosków, które dziś stanowią podstawę nauki krążenia. Udowodnił on, że krew cała dostaje się z tętnic do żył, mimo, że jak sam pisze, nie udało mu się nigdy znaleść połączenia między jakąkolwiek tętnicą a żyłą a więc mimo że nie znał naczyń włosowatych, które Malpighi wykrył dopiero w cztery lata po jego śmierci.

Anglia czci pamięć wielkiego męża w Harveian Oration, którą Akademia (*Royal Society*) powierza swym wybitnym uczonym, chcąc ich zaszczytnie odznaczyć. Odzywają się wprawdzie od czasu do czasu głosy oskarżające Harveya o czarny charakter i starające się udowodnić, że zasługa należy się jego poprzednikom, jak Servetowi, Colombowi i Cesalpinowi, nie zdołają jednak one umniejszyć zasługi Harveya. Prawda, że opierał się on w części na nich, wszak zawsze następcy wspierają się na barkach poprzedników, jednakże w wielu względach wykazał on błędność ich poglądów, śmiało odrzucał stare nauki i bezsprzecznie pierwszy jasno i prawdziwie przedstawił obieg krwi[1]).

Drugie dzieło jego nosi tytuł *Ex ercitationes de generatione animalium, 1651.* Jak się z tego dzieła pokazuje, używał on pierwszy powiększającego szkła do badań nad zarodkami kurzymi i zwierząt ssących, tudzież robił doświadczenia na nowo narodzonych zwierzętach. Wypowiedział on tę słynną zasadę *omne vivum ex ovo,* którą Virchow zmienił na *omnis cellula ex cellela.*

Dziełko Harveya *De motu cordis* przetłómaczono na różne języki, a w r. 1892. umieścił je Ch. Richet w swem godnem wzmianki wydawnictwie p. t. *Les Maîtres de la Science. Bibliotheque Rétrospective.* Zawiera ono tłómaczenia najznakomitszych prac dawnych mistrzów, jak: Lavoisiera, *La Chaleur animale et la Respiration.* Bichata *La Mort par l'asphyxie.* Hallera, *L'Irritabilité.* Lamarcka, *L'Origine des Animaux.* Fluntera, *Le Sang.* Laenneca, *L'Auscultation du Poumon et du Coeur.* Williama Milnego Edwardsa, *La Chaleur animale.* Spallanzaniego, *La Digestion.*

Obok Harveya stoi wielki anatom i fizyolog Willis (1622—1675). Pomijam znaczenie jego jako anatoma. Jako fizyolog położył on przedewszystkiem wielkie zasługi w fizyologii układu nerwowego, wybił się z dawnego przesądu, że w sercu jest siedzibą psychicznych objawów a przeniósł ją do mózgu, mówiąc, że jest on: *The chief seat of the rational soul in a man and of the sensitive in brute beasts; and indeed, as the chief mover in the animal machine, it is the origin and fountain of all motions and conceptions.* (podł. Horsleya). On też pierwszy twierdził, że musi istnieć pewna lokalizacya w mózgu: *For as the animal spirits for the various acts of imagination and memory ought to be moved with certain and distinct limits or bounded places, and those motions to be often iterated or repeated through the same tracts or paths, for that reason these manifold convolutions and infoldings of the brain are required for these divers mauners of ordinations of the animal spirits-to wit, that in these cells or storehouses severally placed might be kept the species of sensitive things, and as occasion serves may be taken from thence.* Udowadnia, że kora mózgowa jest siedzibą myśli i że podnieta (*spiritus*), którą porównywa ze świa-

[1]) Między innemi pojawiła się rozprawa Dra Jeřeba p. t.: *Umsturz der Harvey'schen Lehre vom Blutkreislaufe 1892,* w której autor udowadnia, że krążenie odbywa się pod wpływem działania płuc a nie serca, które bynajmniej nie działa jako pompa i nie zmienia swej pojemności podczas skurczu i rozkurczu. Po podwiązaniu zaś głównych naczyń i aorty, zwierzęta nietylko że w niczem nie cierpią lecz owszem nawet odżywienie ich jest znacznie lepsze. Rozprawa ta, przypominająca znaną broszurę o *Prądowaniu i prądownikach.* Nasuwa refleksye, że w ogóle byłoby zbawiennem dać sobie wyciąć serce i naczynia, które są wprost szkodliwe dla ustroju. Dla ugruntowania i rozpowszechnienia swej nauki, radzi autor zwołać kongres. na któryby każde państwo wysłało swych uczonych przedstawicieli.

tłem, przechodzi z niej przez substancyę mózgową i rdzeń do nerwów. Ruchy serca czyni zależnymi od systemu nerwowego, a nerwy odnośne pochodzą według niego od móżdżku. On też przewidział niejako odruchy, badając ruchy niższych zwierząt, nie posiadających rozwiniętego mózgu. Mówi on: *So long, there fore, they being destitute of the internal principle of motion, move themselves all members only as they are excited from the impulse of the external object, and so sensation preceding motion is in some manner the cause of it.* Daje to jasną definicyę odruchów, które jednakże pierwszy jako takie odróżnił, Descartes a niezbędny udział w nich rdzenia wykazał Hales, a następnie Whytt (*An essay on the vital and other involuntary motions of animals, 1751*).

Stephen Hales, 1677—1761, duchowny angielski, dał podwaliny do hemostatyki. (*Blood Pressure Statical Essays, 1732*). Mierzył on pierwszy (1727) ciśnienie krwi w tętnicy udowej klaczy, łącząc ją z rurą szklaną, długą na 9 stóp. Wykazał następnie, że krążenie w naczyniach włosowatych odbywa się jednostajnie, obliczył jego chyżość w mięśniach brzusznych żaby i udowodnił, że tętnice są nader silne i wytrzymałe na bardzo znaczne ciśnienie. Zjawiskami elektrycznemi objaśniał ruch ciałek krwi na błonie z przybłonkiem migawkowym omułka (*mytilus*). Badał także krążenie soków w roślinach.

John Hunter (1728—1793). Słynny patolog i chirurg, oddawał się z początku studyom nad anatomią i fizyologią. Badał naczynia limfatyczne, zjawiska pochłaniania, ciepło zwierzęce, trawienie w żołądku i krew, a w szczególności krzepienie, które uważał za sprawę przylegania, podobną do gojenia się ran *per primam intentionem*. Że krew nie krzepnie w organizmie żyjącym, przypisywał to jej ruchowi. Studyował też czerwone ciałka krwi, przypisywał im jednak bardzo podrzędną rolę.

Cenne badania nad krwią pozostawił Hewson. (*Experimental inquires into the properties of the blood, 1774—1777. Disquisitio experimentalis de sanguinis natura, 1785.*) Zbadał białe ciałka w krwi, utrzymywał, że krzepnienie wywołuje zetknięcie się krwi z powietrzem atmosferycznem, zbił twierdzenie, jakoby ono zależało od oziębiania się krwi, udowadniając, że ogrzewanie przyspiesza właśnie krzepienie krwi, niska zaś temperatura, opaźnia je. Przypuszczał, że włóknik nie mieści się w ciałkach czerwonych krwi, lecz zewnątrz nich. Otrzymywał osocze krwi za pomocą dodawania zgęszczonych rozczynów siarkanu sodowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

## VII. Wiadomości bieżące.

### Kraków dnia 15. Marca 1894 r.

— Dziś odbył się w *Collegium novum* wykład habilitacyjny Dra Adolfa Becka, współpracownika naszego pisma, na docenta fizyologii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Prelegent mówił wobec licznie zgromadzonej publiczności o fizyologii odruchów i zadowolnił najzupełniej kolegium profesorskie.

— Rozporządzeniem swem z dnia 23. Lutego b. r. polecił galicyjski Wydział krajowy w myśl uchwały sejmowej z dnia 8. Lutego niezwłocznie utworzyć i urządzić w szpitalu św. Łazarza w Krakowie oddział chorób krtani o 10 łóżkach i powierzył prowadzenie jego prof. Drowi Przemysławowi Pieniążkowi.

Z zadowolnieniem zapisujemy tę okoliczność korzystną dla nauki i dla rozwoju szpitala.

— Prof. Rosenthal w Erlandze powierzył dział referatów z prac polskich w wydawanym przez siebie *Biologisches Centralblatt* Drowi J. Fajersztajnowi we Lwowie (przy ulicy Brayerowskiej Nr. 5); uprasza się przeto Szanownych autorów, by prace swe z zakresu biologii zechcieli w odbitkach nadsyłać pod wskazanym adresem Drowi Fajersztajnowi, który w razie zastrzeżenia będzie je zwracać.

— Na ostatniem posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa laryngologicznego podał Dr. Meyer do wiadomości następujące spostrzeżenie: W dniu 6. Lutego b. r. zebrało się w pewnej restauracyi berlińskiej towarzystwo z 28 osób, z których wieczorem 9. Lutego zachorowało 3 na błonicę a 5 na *angina lacunaris*. Z trzech osób zasłabłych na błonicę umarła jedna 4-go, druga 10-go dnia choroby a trzecia wyzdrowiała. M. widział z osób zasłabłych na ową *angina lacunaris* pannę 18-letnią, której już po oddaleniu się wiadomych czopków, dowiedziawszy się o przebiegu całego zdarzenia, wyjął nieco wydzieliny z zagłębienia migdałka i otrzymał przez wyhodowanie właściwe laseczniki błonicze. W trzy dni po owej osobie 18-letniej zachorował jej brat 13-letni również na *angina lacunaris*, u którego badanie bakteryologiczne wykazało także prądki błonicze.

Jak M. słusznie zauważył, spostrzeżenie to jest ważne, bo wykazuje, że tenże sam czynnik infekcyjny wywołać może u jednych błonicę, u drugich *angina lacunaris* i 2) że okres wylęgania przynajmniej w tych przypadkach wynosił na pewne 72 godzin. Jak się później pokazało, dziecko właściciela owej restauracyi było chore wówczas na błonicę i na nią wreszcie zmarło. (*Berl. klin. Wchschft. 11. 1894*).

— Czytamy w dziennikach lekarskich francuzkich, że następcą zmarłego niedawno Billrotha w Wiedniu ma zostać profesor Mikulicz z Wrocławia.

— Dr. Adolf Meyer, asystent kliniki prof. Schönborna w Wircburgu, zmarł na błonicę, której nabawił się wyssawszy własnemi ustami treść zatkanej po tracheotomii w błonicy kaniuli.

— Dr. Goldenbach, lekarz naczelny szpitala Cesarza Aleksandra III. w Moskwie, podaje do wiadomości daty z zakładu pasteurowskiego, znajdującego się przy tym szpitalu, za rok 1892.

Leczono osób 907, mianowicie 613 mężczyzn i 294 kobiet. W tej liczbie było pokąsanych 178 osób przez zwierzęta, u których doświadczeniem wykazano wściekliznę, 439 przez zwierzęta uznane za wściekłe albo przez sekcyą albo przez obserwacyą weterynarską, 290 przez zwierzęta w okolicznościach nakazujących uznać je z największem podobieństwem do prawdy za wściekłe.

Zwierzętami kąsającemi były w 769 przypadkach psy, w 45 wilki, w 70 koty, w 11 konie, w 8 krowy, w 2 świnie a w 2 ludzie.

Z leczonych na wściekliznę umarło 6 czyli 0·66%.

— W Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej jest 1260 towarzystw lekarskich, z których w samym Nowym Jorku 175.

— Z inicyatywy Towarzystwa lekarskiego w Boulogne-sur-Mer odbędzie się w tem mieście od 25. do 29. Lipca b. r. międzynarodowy kongres w sprawie kąpieli morskich i hidroterapii morskiej.

— Towarzystwo farmaceutyczne warszawskie ogłasza przedpłatę na wydanie pracy na konkursie nagrodzonej aptekarza J. Biegańskiego pod tytułem: *Rośliny lekarskie i ich uprawa*. Dzieło to zawierać będzie przeszło 30 arkuszy druku i ozdobione wieloma drzeworytami. Cena za egzemplarz 5 rubli, które przyjmować będzie kasyer Towarzystwa farmaceutycznego P. Ignacy Habielski w Warszawie, Stare Miasto Nr. 17 oraz redakcya *Wiadomości farmaceutycznych*, Krakowskie Przedmieście Nr. 45.

Wobec tego, że na rośliny lekarskie, które snadnie możnaby u nas uprawiać, wychodzi z kraju sporo pieniędzy, byłoby rzeczą bardzo pożądaną, by lekarze zwrócili uwagę aptekarzy i producentów na dzieło wymienione.

— Indye Wschodnie powiększyły swą ludność od roku 1881 do Lutego 1891 o 28.000.000 głów, co czyni 11% na 10 lat. Ludność tego kraju wynosiła w tym czasie 287.223.431 osób.

Na 1000 mężczyzn przypada tytko 958 kobiet tak, iż przewaga płci męskiej nad żeńską wynosi dla całego kraju 6.000.000 głów.

Zawód lekarski w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu zajmuje 514.074 osób!

Średnie trwanie życia wynosi w Indyach Wschodnich dla płci męskiej 25, dla żeńskiej 26 lat, w Anglii zaś dla płci męskiej 41·35 a dla żeńskiej 44·62.

— **Nekrologia**. Zmarli: we Lwowie w dniu 12. Marca Dr. Władysław Nałęcz Skałkowski, przeżywszy lat 74. — W Śremie w W. Ks. Poznańskiem Dr. Powidzki, fizyk powiatowy, jeden z niewielu Polaków zajmujących posadę rządową. — W Warszawie w dniu 10. Marca b. r. Dr. Zdzisław Jelita Wojciechowski, przeżywszy lat 45. — W Kijowie Dr. A. J. Wygowski. — W Sztrasburgu profesor farmakologii Strohl.

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we środę dnia 21. Marca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (sala Śniadeckich) posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. prof. Obaliński mówić będzie: *O najnowszych wskazaniach do salpingotomii;* 2) kol. Dr. Nowak poda: *Tymczasowe doniesienie o badaniach dyfteryi.*

## KORESPONDENCYA REDAKCYI.

*Wny Dr. A. M. w Afryce południowej na Przylądku Dobrej Nadziei.* Otrzymaliśmy, dziękujemy, umieścimy wkrótce, wysłaliśmy list i prosimy znów o pamięć.

*Wny Dr. K. W. w K.* Dziękujemy za życzliwe słowa.

***Z powodu zaszłej pomyłki w art. Dra Cerchy w półarkuszu środkowym (Nr. 10. str. 129 i 130), dołączamy do niniejszego numeru nowy półarkusz, który Szan. Prenumeratorowie zechcą włożyć do Nru 10. w miejsce dawnego.***

## NADESŁANE.



Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nr. 496.

## KONKURS.

Wydział powiatowy w Kołomyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Gwoździcu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże.

Okręg sanitarny w Gwoździcu obejmuje 18 gmin z ludnością 19.108.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego winni się wykazać oprócz dostatecznych fizycznych zdolności także wymogami określonemi w §. 7. ust. z dnia 2. Lutego 1891 r. (Nr. 17. Dz. ust. i rozp. kraj.).

Podania wnieść należy do Wydziału powiatowego najdalej do 25. Marca b. r.

80—3—2 ***Wydział powiatowy w Kołomyi.***



## KONKURS

Wydział powiatowy w Żółkwi rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Kulikowie z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże służbowe 150 złr. (sto pięćdziesiąt złr. w. a.). Okręg sanitarny obejmuje miejscowości: Kulików, Nadycze, Hrebence, Uhnów, Sulimów, Nowesioło, Koszelow, Doroszow mały, Doroszow wielki, Mierzwica, Wiesenberg, Przemiwołki, Smerekow, Mohylany, Przedrzymichy małe, Przedrzymichy wielkie, Nahorce, Artasow, Blyszezywody i Zwertow z ludnością 13·396 dusz.

Starający się o tę posadę mają się wykazać:

1) Prawem obywatelstwa austryackiego,
2) Dyplomem doktora medycyny, uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej,
3) Świadectwem moralności,
4) Świadectwem zdrowia wydanem lub potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego,
5) Znajomością języków krajowych,
6) Praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Posada nadaną zostanie prowizorycznie na jeden rok po upływie którego może dopiero nastąpić stabilizacya.

Obowiązki służbowe określa instrukcya służbowa z 31. Grudnia 1891. dz. ust. kr. Nr. 83.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego najdalej do końca Kwietnia 1894 r.

83—1—1 ***Wydział powiatowy w Żółkwi.***

L. 784.

## KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza miejskiego w Sanoku z płacą roczną 500 złr. rozpisuje Magistrat konkurs do czterech tygodni.

Wymaganym jest dowód uzyskanego dyplomu wszechwiedzy lekarskiej i dwuletniej praktyki.

Po roku służby prowizorycznej nastąpi stabilizacya.

84—3—1 ***Magistrat król. wol. miasta w Sanoku.***

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.